

**SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF) PARA AGREGAR NUEVOS MIEMBROS PARA RECIBIR LA ASISTENCIA**

Esta es una solicitud para agregar nuevos miembros de la unidad de asistencia al Programa TANF. Estos nuevos miembros se incorporaron a la unidad familiar desde que se presentó la última solicitud. Puede presentar esta solicitud ante la oficina local del Departamento de Servicios Sociales o enviarla por correo a la oficina local del Departamento de Servicios Sociales.

**A. Su Información de Contacto**

<b>Su Nombre</b> (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	
<b>Su Dirección Residencial</b> (incluir número de apartamento)	<b>Ciudad, Estado, Código Postal</b>
<b>Su Dirección Postal</b> (si es diferente de su dirección residencial)	<b>Ciudad, Estado, Código Postal</b>
<b>¿En qué ciudad o condado vive?</b>	<b>Dirección de Correo electrónico</b>
<b>Número de Teléfono Principal</b>	<b>Número de Teléfono Alternativo</b>

**B. Información del Nuevo Miembro del Hogar**

Proporcione la siguiente información para los nuevos miembros del hogar que está informando por primera vez o para los nuevos miembros que informó verbalmente en su solicitud original o en la revisión de elegibilidad más reciente.

**1.**

<b>Nombre</b> (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	<b>Relación con usted</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b> (mm-dd-aaaa)
<b>Número del Seguro Social:</b> _____	<b>Asistencia Solicitada:</b> <input type="checkbox"/> Beneficios de SNAP <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Ninguna	
<b>Género:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>Lugar de Nacimiento:</b> _____ (Ciudad, estado, país)	
<b>Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Nunca estuvo casado	<b>¿Esta Persona es Ciudadana de los EE. UU.?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	— Si no es Ciudadano de los EE. UU., ¿cuál es su situación?	
<b>¿Esta Persona es Estudiante?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Número de Registro de Extranjero</b> _____	
Si la respuesta es <b>sí</b> , nombre de la escuela _____	<b>Fecha en que comenzó a vivir en los EE. UU.</b> (mm-dd-aaaa) ____/____/____	
<b>Grado Más Alto Completado</b> _____		

**Proporcionar la siguiente información es voluntario y no afectará la elegibilidad. Marque todas las opciones que corresponden.**

**Origen Étnico:**  Hispano/Latino  No hispano/Latino  
**Herencia Racial:**  Blanca  Negra/Afroamericana  Asiática  Asiática y Negra/Afroamericana  Asiática y Blanca  
 Indio americano/Nativo de Alaska  Negra/Afroamericana y Blanca  Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanca  
 Nativo de Hawái/Otra isla del Pacífico  Indio Americano/Nativo de Alaska y Negra  Otra/Desconocida

**2.**

<b>Nombre</b> (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	<b>Relación con usted</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b> (mm-dd-aaaa)
<b>Número del Seguro Social:</b> _____	<b>Asistencia Solicitada:</b> <input type="checkbox"/> Beneficios de SNAP <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Ninguna	
<b>Género:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>Lugar de Nacimiento:</b> _____ (Ciudad, estado, país)	
<b>Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Nunca estuvo casado	<b>¿Esta Persona es Ciudadana de los EE. UU.?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	— Si no es Ciudadano de los EE. UU., ¿cuál es su situación?	
<b>¿Esta Persona es Estudiante?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Número de Registro de Extranjero:</b> _____	
Si la respuesta es <b>sí</b> , nombre de la escuela _____	<b>Fecha en que comenzó a vivir en los EE. UU.</b> (mm-dd-aaaa) ____/____/____	
<b>Grado Más Alto Completado:</b> _____		

**Proporcionar la siguiente información es voluntario y no afectará la elegibilidad. Marque todas las opciones que corresponden.**

**Origen Étnico:**  Hispano/Latino  No hispano/Latino  
**Herencia Racial:**  Blanca  Negra/Afroamericana  Asiática  Asiática y Negra/Afroamericana  Asiática y Blanca  
 Indio americano/Nativo de Alaska  Negra/Afroamericana y Blanca  Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanca  
 Nativo de Hawái/Otra isla del Pacífico  Indio Americano/Nativo de Alaska y Negra  Otra/Desconocida

3.

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_

Relación con usted \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa) \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Asistencia Solicitada:  Beneficios de SNAP  TANF  Ninguna

Género:  Masculino  Femenino

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Ciudad, estado, país)

Estado Civil:  Casado  Nunca estuvo casado  
 Separado  Divorciado  Viudo

¿Esta Persona es Ciudadana de los EE. UU.?  Sí  No  
— Si no es ciudadano de los EE. UU., ¿cuál es su situación?

¿Esta Persona es Estudiante?  Sí  No  
Si la respuesta es sí, nombre de la escuela \_\_\_\_\_

Número de Registro de Extranjero: \_\_\_\_\_

Grado Más Alto Completado: \_\_\_\_\_

Fecha en que comenzó a vivir en los EE. UU. (mm-dd-aaaa) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Proporcionar la siguiente información es voluntario y no afectará la elegibilidad. Marque todas las opciones que corresponden.

Origen Étnico:  Hispano/Latino  No hispano/Latino

Herencia Racial:  Blanca  Negra/Afroamericana  Asiática  Asiática y Negra/Afroamericana  Asiática y Blanca  
 Indio americano/Nativo de Alaska  Negra/Afroamericana y Blanca  Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanca  
 Nativo de Hawái/Otra isla del Pacífico  Indio Americano/Nativo de Alaska y Negra  Otra/Desconocida

Sí  NO 1. ¿Alguno de sus hijos recibió alguna vacuna desde la aprobación de su solicitud original o desde su revisión más reciente? Si la respuesta es Sí, explique:  
\_\_\_\_\_

Sí  NO 2. ¿Alguna vez, usted o una persona que solicita la asistencia han sido descalificados para recibir los beneficios de TANF (AFDC) o SNAP? Si la respuesta es Sí, explique:  
\_\_\_\_\_

Sí  NO 3. ¿Alguna persona viola la libertad bajo palabra o libertad condicional, o es un fugitivo para evitar el enjuiciamiento o castigo de un delito grave? Si la respuesta es Sí, explique:  
\_\_\_\_\_

Sí  NO 4. ¿Usted o una persona en su hogar tienen una condena por un delito grave por drogas después del 22 de agosto de 1996 por ( ) ¿Uso?  
( ) ¿Posesión? ( ) ¿Distribución de drogas? (marque todas las opciones que correspondan) Si la respuesta es Sí, ¿quién? \_\_\_\_\_  
¿El tribunal asignó ( ) pruebas periódicas? ( ) tratamiento para las drogas? ( ) otra acción?  Sí  NO  
Si la respuesta es Sí, ¿ha terminado el plan o está cooperando?  Sí  NO

Sí  NO 5. ¿Usted o alguna persona por la que presenta la solicitud han sido condenados como adulto a partir del 8 de febrero de 2014 por lo siguiente:  
a. ¿Abuso sexual agravado conforme el Título 18 del Código de Estados Unidos (USC), Sección 2241 o un delito estatal similar?  Sí  NO  
b. ¿Homicidio conforme el Título 18 del USC, Sección 1111 o un delito estatal similar?  Sí  NO  
c. ¿Un delito en virtud del Título 18 del USC, Capítulo 110 (explotación sexual y otros abusos de niños) o un delito estatal similar?  Sí  NO  
d. ¿Un delito federal o estatal que involucre agresión sexual, como se define en la Sección 40002(a) de la Ley de Violencia contra la Mujer de 1994 (42 USC 13925(a))?  Sí  NO  
Si responde **SÍ** a alguna de las preguntas anteriores, ¿quién? \_\_\_\_\_  
Si responde **SÍ** a cualquiera de las preguntas anteriores, ¿cumple con los términos de la sentencia?  Sí  NO

Mediante mi firma a continuación, declaro que los miembros del hogar para los cuales solicito los beneficios de TANF o SNAP, son ciudadanos de EE. UU. o extranjeros en estado legal de inmigración. Declaro bajo pena de ley que toda la información en este formulario es correcta y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que si hay un reclamo de TANF o SNAP contra mi hogar, la información en esta solicitud, incluidos todos los números del Seguro Social, puede remitirse a agencias federales y estatales, así como a agencias privadas de cobro de reclamos para la realización de acciones de cobro de reclamos.

\_\_\_\_\_  
Su firma o la firma o marca del representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo de la marca o intérprete

\_\_\_\_\_  
Fecha